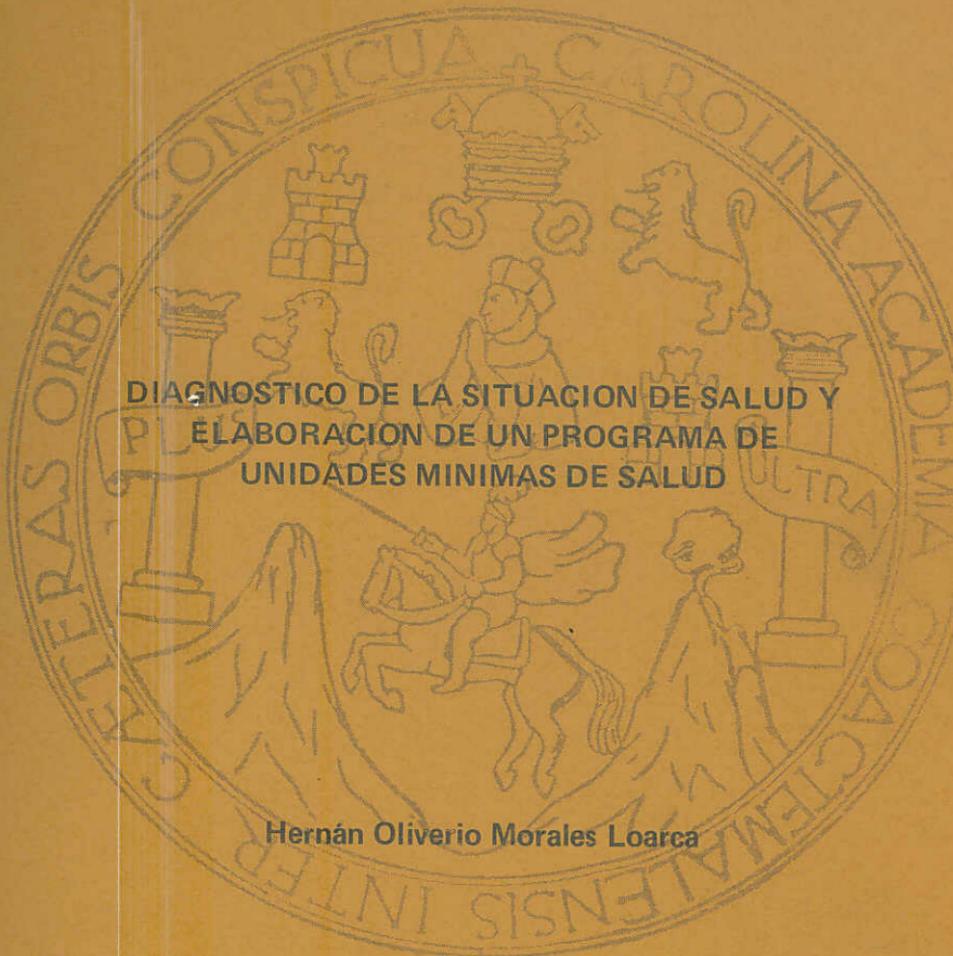


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem. It features a central figure of a man on horseback, holding a staff or scepter. Above him is a crown and a shield. To the left is a castle and to the right is a lion. The seal is surrounded by Latin text: "SACRATAE UNIVERSITATIS CAROLINAE ACADÉMIAE GUATEMALENSIS INTER PRAECETERAS ORBIS CONSPICUA" and "ULTRA".

DIAGNOSTICO DE LA SITUACION DE SALUD Y
ELABORACION DE UN PROGRAMA DE
UNIDADES MINIMAS DE SALUD

Hernán Oliverio Morales Loarca

Guatemala, agosto de 1977.

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS
- V INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS
- VI PROGRAMA DE UNIDADES MINIMAS DE SALU
- VII CONCLUSIONES
- VIII RECOMENDACIONES

I - INTRODUCCION

Al inicio de las labores en este Centro de Salud, resaltaba el hecho objetivo de la ausencia de un estudio sobre las condiciones de salud de este municipio, y sus factores predisponentes, documento básico para la planificación de acciones de salud.

Se elaboró el presente trabajo con el propósito de contribuir a mejorar las condiciones de salud existentes en el municipio, al mejor conocimiento de los factores que en una u otra forma intervienen en el desarrollo integral de los mismos, así como proponer alternativas de acción que en una u otra forma modifiquen las condiciones encontradas.

Se cree que con el presente trabajo se podrán definir las necesidades más ingentes de la comunidad y a través de ese medio se podrá lanzar, con una base sólida y científica, los programas que vendrán a tratar de mejorar las condiciones de salud de los pobladores de Tacaná.

II – OBJETIVOS

GENERALES:

- 1) Conocer los principales problemas de salud en Guatemala, partiendo del estudio de sus comunidades.
- 2) Dar a conocer una metodología de planificación en el sector de salud.

ESPECIFICOS:

- 1) Conocer las principales causas de enfermedad o muerte del municipio de Tacaná y sus factores determinantes.
- 2) Detectar problemas generales y sus factores condicionantes, para lanzar programas específicos que contribuyan a mejorar las condiciones de salud de los habitantes de esta comunidad.

III – MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se procedió en la siguiente forma:

- 1) Se procedió a levantar el plano de la Comunidad, para conocer su situación geográfica.
- 2) Se realizó una encuesta en todas las aldeas del municipio de Tacaná, seleccionando el 20o/o del total de casas de cada aldea, recopilando en dicha encuesta los siguientes datos:

Condiciones de vivienda,
Familiaridad,
Pertenencias,
Factores de producción y
Factores culturales.

- 3) Se procedió a averiguar la organización social y recursos de la comunidad con las autoridades edilicias y miembros de la comunidad.
- 4) Se averiguaron los datos de la natalidad y de mortalidad, durante el año de 1975, en el registro civil de esta localidad.
- 5) La morbilidad se obtuvo de los registros clínicos hechos por el médico director durante todo el año de 1975.
- 6) Se averiguaron datos de alfabetos y analfabetos en el Distrito Escolar, al que corresponde este municipio.

En lo que respecta a calidad de material, investigando los datos que se refieren a la mortalidad encontrada y obtenida del registro civil, se consideró no del todo fidedigna ya que el diagnóstico de defunciones es hecho por el alcalde auxiliar, brujo o comisionado militar.

5.1.- DESCRIPCION DEL AREA DE TACANA

Es un municipio que corresponde al departamento de San Marcos, en la Zona occidental del país, encontrándose la población enclavada en una meseta rodeada de altas montañas.

EXTENSION:

Tiene una extensión de 302 Kms.2, compuesto por la cabecera municipal, 12 aldeas y 84 caseríos. Tacaná está limitada al norte; por los municipios de Tectitán (Depto. de Huehuetenango) y el municipio de San José Ojetenam. Al oriente: por los municipios de Ixchiguan y Sibinal, municipios de San Marcos; al sur, por el poblado de Unión Juárez, depto. de México; al poniente por los municipios de Niquibil y Motozintla; ambos pertenecientes a México.

5.2.- HISTORIA:

El origen del municipio de Tacaná es obscuro; por investigaciones hechas en la población; se cree que su nombre obedece al nombre de unas hojas de canaqué; otra versión es que significa volcán sobre el agua; por tradición se sabe que Tacaná dependía del municipio de Cuilco y que entonces sus límites llegaban hasta Tuxtla; luego pasó a ser gobernado por el municipio de Tejutla, pero no se sabe cuando se independizó y empezó a gobernarse por sí solo.

Afirman unos ancianos que su organización política y social dependía de pequeñas familias que dominaban perfectamente el mam, quienes nombraban a los alcaldes y administraban justicia. Los difuntos eran enterrados en los patios de las casas ya que no tenían cementerios.

PRODUCCION AGRICOLA: Por el terreno rocoso de la región no tiene variedad de cultivos, pero lo que más se siembra es papa, maíz, frijol y trigo.

PRODUCCION PECUARIA: Unicamente se le ha dado importancia al ganado lanar, las demás especies se podría decir que son importadas.

MINERALOGIA: Tacaná cuenta con minas bastante grandes, cuyo metal se desconoce porque no se le ha dado el estudio adecuado para su explotación.

Entre sus centros turísticos está la famosa "Piedra Movediza", cuyo misterio es hasta hoy una incógnita; la "Cueva del Negro", "La Colina", "La Libertad", y el volcán famoso que lleva su nombre.

COSTUMBRES: Tacaná conserva costumbres muy antiguas, entre las que cobran mayor importancia, está la muerte y el ánima sola, que son dos personajes, que visten de blanco; el primero lleva un arco con una flecha y según creencia señala al que va a morir pronto, el segundo personaje lleva candelas alrededor de la cabeza, consolando al que va a morir.

Durante la Semana Santa se realizan los siguientes espectáculos: la corrida de Judas y el baile de las viudas que se realiza en cada una de las esquinas de la población.

CULTURA: Entre sus poetas se pueden mencionar al Coronel H. Peralta, Armando Laparra, Dr. Rafael Pivaral Peralta, Poeta Laureado en los Juegos Centroamericanos de poesía y canto, celebrados en el año de 1975 en la ciudad de Quetzaltenango.

HISTORIA: En el año de 1945, hubo por primera vez la luz eléctrica, gracias al donativo que hiciera el Dr. Juan José Arévalo, que no duró mucho tiempo, en 1959, el diputado Leonel Cisniega Otero, obsequió una planta diésel, que luego se descompuso, en 1966 la Corporación Municipal, colocó la excelente planta hidroeléctrica que posee actualmente.

En 1958 se hizo la inauguración de la carretera, que conduce a la cabecera de este municipio.

En cuanto a edificios, Tacaná cuenta apenas con unos pocos edificios, entre los que se pueden citar: Alcaldía Municipal, Centro de Salud, Escuela Urbana Mixta, la Catedral y modernas casas particulares.

ORGANIZACION SOCIAL Y RECURSOS DE LA COMUNIDAD

Se cuenta con una cooperativa de ahorro y consumo "FE-DECOM", la que está regida por el movimiento campesino; 2 cooperativas, comités de salud a nivel de aldea, promotores de

salud y comadronas empíricas adiestradas.

Tacaná está administrada por la corporación municipal compuesta por El Alcalde, seis concejales, Secretario Municipal y Registrador Civil, dos Oficiales, Tesorero Municipal, Comisionado Municipal y dos Policías Municipales. La Guardia de Hacienda, con un jefe, secretario y 22 agentes. Dos jefes de comisionados militares con auxiliares de servicio en las doce aldeas y algunos cantones hacen un total de 50 empleados militares. La administración de justicia en el área rural está a cargo de un regidor, un alcalde auxiliar y seis mayores para cada aldea, haciendo un total de 366 personas que sirven en forma ad honorem.

POBLACION: La población, según estimación hecha por la oficina de planificación y estadística del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para el año 77, será de 39,588 habitantes, en un 99o/o indígena, siendo el 96.65o/o rural; la distribución hectárea nos demuestra que los grupos predominantes son los comprendidos en las edades de 0 a 4 años (6866) lo que representa el 17o/o del total de población, seguida del grupo de 5 a 9 años (6530) lo que representa el 16o/o.

En lo que respecta al grupo de mujeres en edad fértil representa el 19o/o del total de la población, lo que podríamos considerar el mayor grupo de población.

Todo lo anterior es indicativo de que la población es joven, lo que da una pirámide de población de base ancha, lo cual es indicativo que la mayoría de sus miembros estén en la edad de consumo, y que esto repercute en la baja productividad actual de población, pero es fuerza de trabajo latente para el desarrollo.

La población es inminentemente rural, en un 96.65% este es un factor significativo para la accesibilidad de la población hacia los servicios de salud.

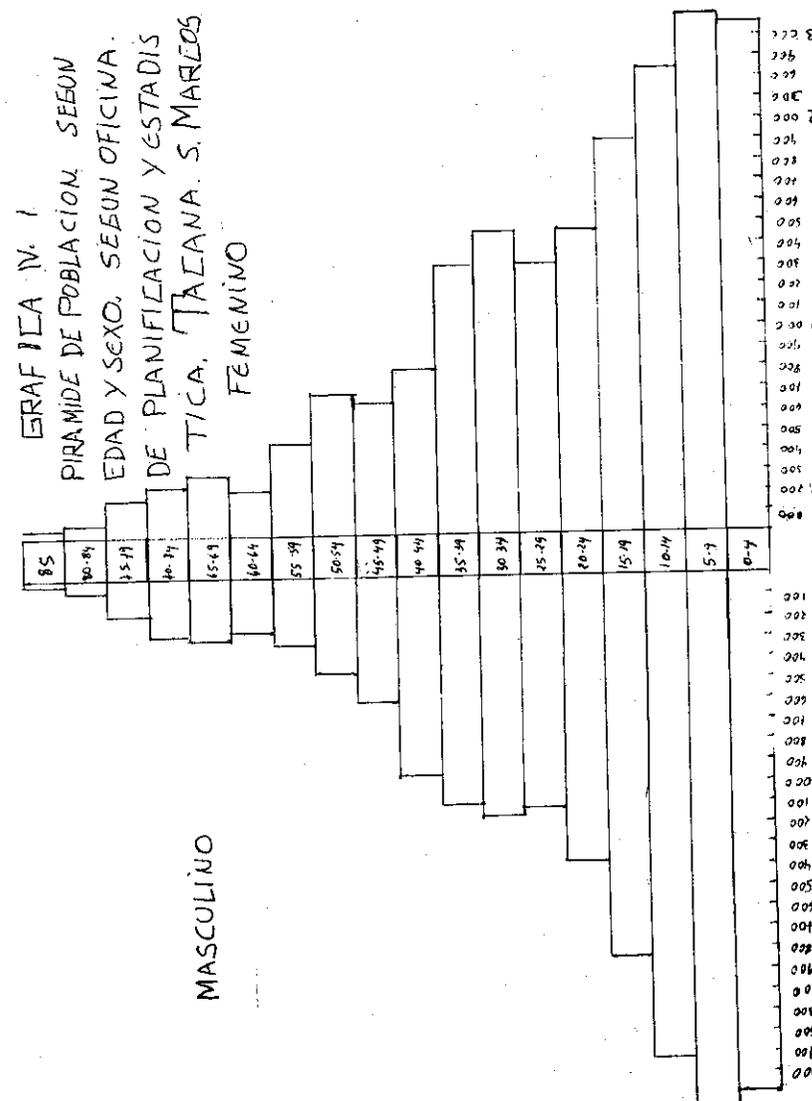
La tasa de natalidad de los años 75-76, ha fluctuado en 40-45 por 1000, factor influyente en el alto crecimiento vegetativo de la población.

5.4.- NIVEL DE SALUD

MORBILIDAD:

En lo que respecta a la morbilidad de la población, según estudio hecho en base a la atención médica, realizada en 1975, en este centro de salud, nos dió los siguientes resultados.

Cuadro de Morbilidad No. 2
(Ver Página No. 11).



CUADRO No. 2
MORBILIDAD SEGUN DEMANDA DE ATENCION MEDICA, POR CAUSAS, GRUPOS ETAREOS.
TACANA, SAN MARCOS,
Enero a noviembre de 1975.

CAUSAS	EDADES							Total
	- 1 año	1 a 4 años	5-9 años	10-14 años	15-44 años	- 45		
1) Resto Infecciones y parasitarias	21	120	37	25	123	26	252	
2) Infecciones agudas de vias Resp. Sup.	26	44	7	2	36	15	130	
3) Exámenes Práctico. sin enfermedad	48	100	2	-	25	8	183	
4) Demás causas	4	6	1	-	21	12	44	
5) Varicela	-	1	-	-	-	-	1	
6) Bronquitis	7	11	4	1	21	22	66	
7) Disentería. Todas sus formas	-	-	-	-	-	2	2	
8) Tos Ferina	-	5	1	-	-	-	6	
9) Gastritis, Gastroenteritis	-	-	-	-	-	-	-	
Colitis, Enteritis	-	-	-	-	-	-	-	
10) Escarlatina y Angina Estreptocócica	42	71	18	5	153	68	357	
11) Seneidad mal definida	-	-	-	-	-	-	-	
Lumbago. Calambre	-	1	-	-	-	-	-	
12) TBC en todas sus formas	1	1	1	4	36	27	63	
13) Tumores malignos	1	-	-	-	30	14	51	
14) Tumores benignos	14	17	13	6	80	20	150	
15) Desnutrición	47	188	32	20	128	43	458	
16) Ent. del corazón con o sin hipertensión	-	2	-	1	16	17	36	
17) Neumonía y BNM	9	6	2	1	2	-	20	
18) Cirrosis hepática	-	-	-	-	-	-	-	
19) Accidente. Envenenamiento	3	8	7	11	31	12	74	
20) Control del embarazo y puerperio	-	-	-	-	155	1	156	
21) Complicaciones del Emb. y P.	-	-	-	-	16	1	17	
22) Enfermedades de los huesos	-	1	-	2	14	16	33	
23) Neurosis	5	7	3	7	80	22	124	

FUENTE: Registros Clínicos Centro de Salud.

La desnutrición es la primera causa de enfermedad y muerte, seguida de las enfermedades infecciosas y parasitarias, las infecciones agudas de vías aéreas superiores, las relacionadas con el aparato gastrointestinal: Gastroenterocolitis y enterocolitis; siendo todas estas enfermedades prevenibles.

Un hecho importante es la alta incidencia de TBC pulmonar.

MORTALIDAD:

La mortalidad encontrada durante el año de 1975, en lo que se refiere a la principal causa de defunción (datos tomados del Registro Civil) es: Infecciones agudas de las vías aéreas superiores, clasificándose en este grupo de enfermedades los diagnósticos encontrados como gripe:

CUADRO No. 3
MORTALIDAD POR CAUSAS EN EL AÑO DE 1976.
EN TACANA SAN MARCOS.

CAUSA	No.
GRUPE	114
Edema agudo pulmón	1
Aborto	1
Longevidad	3
Traumatismo craneano	7
Diarrea	16
Anginas	1
Infección	1
Insuficiencia cardíaca	1
Paludismo	3
Tumor	1
Ataque de lombrices	3
Convulsión	1
Intoxicación alcohólica	1
Parasitismo	3

FUENTE: Reg. Civil Tacaná. S.M.

CUADRO DE MORTALIDAD No. 3

Las tasas de mortalidad encontradas, son las siguientes:

- A: Tasa de mortalidad general: 40 por 1000 habitantes
B: Tasa de mortalidad infantil: 8 por 1000 habitantes

- C: Tasa de mortalidad pre-escolar: 1 por 1000 habitantes
D: Tasa de mortalidad neonatal: 0 por 1000 habitantes

Los datos encontrados anteriormente llaman notablemente la atención ya que en primer lugar la mortalidad más que todo infantil parece que correspondiera a la tasa de un país más desarrollado, que los más desarrollados actualmente y no a la de un país subdesarrollado; no es posible que un lugar que tenga tantas deficiencias en los aspectos socio-económicos y sanitarios, tenga una mortalidad tan baja, lo que puede explicarse con seguridad a un sub-registro de hechos vitales, es decir, que la defunción no se registra en donde y como corresponde.

La mayoría de gente del área sepulta a sus difuntos en el cementerio de cada localidad y por la distancia casi nunca se informa dicha muerte al Registro Civil.

5.5.— FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES

5.5.1. EDUCACION:

El municipio de Tacaná cuenta con 53 escuelas localizadas en la cabecera municipal, aldeas y cantones, siendo notorio que cada comunidad cuenta con una escuela para la educación de sus hijos.

El número de maestros es de 70 y el número de escolares inscritos es de 3,455 lo cual representa únicamente el 34o/o de la población real escolar que es de (10,162); y de los alumnos inscritos se presenta una deserción y/o inasistencia del 30o/o, lo que representa una asistencia baja a dichas escuelas. El problema señalado es debido a la migración estacionaria que hace la población hacia el Estado de Chiapas México, en busca de fuentes de trabajo, realizando dicha migración en agosto. En el censo efectuado, se puede observar bien la repercusión de este fenómeno ya que de la población estudiada el 62.14o/o son personas analfabetas.

5.5.2. — ECONOMIA:

La población estudiada, se dedica en su mayor porcentaje a la agricultura, el 84o/o (847) de las familias poseen tierras propias y el resto, la presta, la arrenda o no tiene.

Según el censo de las 1000 familias estudiadas el 32.5o/o poseen de 0 a 10 cuerdas, el 34.2o/o de 10 a 20 cuerdas el 12.5o/o de 20 a 30 cuerdas y de 30 cuerdas o más el resto.

**CUADRO No. 4.
CANTIDAD DE TIERRA EN NUMEROS ABSOLUTOS
Y PORCENTAJES.
TACANA SAN MARCOS**

FAMILIAS		
Cantidad de tierra	No.	o/o
0 - 10 cuerdas	325	32.5
10 - 20 cuerdas	342	34.2
20 - 30 cuerdas	125	12.5
+ 30 cuerdas	208	20.8
Total	1000	100.

Los productos que obtienen de sus cultivos son:

Maíz,
Trigo y
Papa,

en menos escala frijol, haba y fruta. El destino de la producción o de los productos cultivados es en su mayoría para el consumo familiar.

En lo que respecta a la calidad de la tierra podríamos decir que en su mayoría es tierra rocosa, que se ha erosionado con el tiempo, además el poco cuidado que se le dá, porque la mayoría de las personas emigran.

5.5.3.- VIVIENDA:

En el censo efectuado se investigaron 1000 viviendas, lo que corresponde más o menos al 20o/o del total de viviendas a todo el municipio de donde se recabaron los siguientes datos. El 90o/o de los habitantes tienen casa propia, el 8.5o/o prestada, el 15o/o alquilada.

**CUADRO No. 5
TENENCIA DE LA TIERRA EN NUMEROS ABSOLUTOS
Y PORCENTAJES.
TACANA SAN MARCOS.**

FAMILIAS		
TENENCIA DE LA TIERRA	No.	o/o
Propia	900	9.0
Pr estada	85	8.5
Alquilada	15	1.5
A medias	0	0.
No tienen	0	0.
14	TOTAL	1000
		100.

En lo que respecta al tipo de vivienda, 500 son casas formales (50o/o) entendiéndose con ésto, aquellas casas que están construidas de:

- a) Adobe;
- b) Piso de ladrillo, cemento, barro o tierra;
- c) Cielo de machiembre o sin cielo;
- d) Techo de teja o lámina.

El 40o/o lo constituyen casas de tipo rancho y el 10o/o si son improvisadas, el piso de las viviendas estudiadas el 23.5o/o es de tierra y el resto de torta de cemento, mosaico y ladrillo.

VER CUADRO No. 6

Las paredes en el 71.7o/o son de adobe y el 22.40o/o de bajareque y el resto de madera mixta y otros. El techo de la vivienda el 83.20 son de teja y el resto de lámina o pajón.

VER CUADRO No. 6.

En lo que respecta al número de cuartos por vivienda, el 92.5o/o poseen únicamente un dormitorio el resto 2 ó más, el promedio de personas por dormitorio es de 8.

VER CUADRO No. 7.

El agua para uso general la obtienen de río o manantial, el 31.50o/o pozo público, el 4o/o pozo privado y el 2.2o/o red pública. De las viviendas estudiadas el 99.35 no poseen letrina sanitaria.

VER CUADRO No. 8.

El 92.50o/o de las cocinas están separadas del dormitorio, el resto no lo están.

La iluminación y la ventilación de las viviendas, el 83.50o/o es mala. En el 53.40o/o de las viviendas usan la basura como abono y el 42.60o/o la tiran.

VER CUADRO No. 8.

En lo que respecta a desagües el 99.20o/o es a flor de tierra y el resto alcantarillado.

VER CUADRO No. 8

Unicamente el 98.20o/o poseen radio.

CUADRO No. 6
CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA SEGUN TIPO,
PISO, PAREDES Y TECHO SEGUN INVESTIGACION.
TACANA, SAN MARCOS

TIPO	o/o	PISO	o/o	PAREDES	o/o	TECHO	o/o
Improvisadas	10	Tierra	90	Adobe	71.7	Teja	83.20
Rancho	40	Ladrillo	3	Bahareque	22.40	Lámina	4
Casa Formal	40	Torta	3	Madera	5.9	Pajón	12.80
		Mosaico	3				

CUADRO No. 7.
NUMERO DE CUARTOS POR VIVIENDA SEGUN INVESTIGACION.
TACANA SAN MARCOS.

No. CUARTOS	o/o	PROMEDIO
1 Cuarto	92.5	8 personas
2 Cuartos	7.5	por cuarto
3 Cuartos	0	(dormitorios)

CUADRO No. 8
SERVICIO DE AGUA, INSTALACION DE LETRINA SANITARIA,
DESAGUES, BASURA, ILUMINACION Y VENTILACION,
SEGUN INVESTIGACION
TACANA SAN MARCOS. 1976.

Servicio de Agua	o/o	Instalación Sanitaria	o/o	Desagües	o/o
Pozo Público	35.50	Letrina Sanitaria	0.65	A flor de Tierra	99.20
Pozo Privado	4	Ausente	99.35	Alcantarillado	0.80
Red Pública	2.2				

Basura	o/o	Iluminación y Ventilación	o/o
La utilizan como abono	53.40	Mala iluminación y ventilación	83.50
La Tiran	46.60	Buen iluminación y ventilación	16.50

6.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS:

El municipio de Tacaná, está poblado por 38,588 habitantes, que en su totalidad es gente indígena y rural, en el cual el grupo etario predominante es el grupo materno infantil, situación que repercute:

- a) En la baja productividad de dicha población por ser el grupo materno infantil predominante y dependiente.
- b) La alta morbi-mortalidad encontrada en este grupo de población por ser el grupo más numeroso y por estar sometido a mayor riesgo de enfermedad.

Al querer tratar de explicar los factores que condicionan la salud de esta población, encontramos la respuesta en los diferentes puntos que vamos a enumerar:

b.1) Condiciones de vivienda completamente insalubre e insanitarias, el hacinamiento existente, la falta de agua potable, falta de letrinas, falta de un medio adecuado para eliminar las aguas servidas y falta de una disposición final adecuada de basuras.

b.2) El régimen existente de la tenencia de la tierra: MINIFUNDIO, la cantidad de tierra no cultivada y malos procedimientos técnicos para el cultivo hacen que la producción de alimentos básicos sea baja, lo que junto con el bajo ingreso por persona se explica una alimentación deficiente para dicha población.

b.3) En lo que concierne a educación, como se explicó anteriormente, dicha población está padeciendo un alto índice de analfabetismo, lo que es común en toda la república de Guatemala, repercutiendo este aspecto en la salud integral de todos los miembros de la comunidad.

b.4) La demanda por consulta externa al Centro es baja ya que representa el 6.47 del total de población a cubrir, hecho que se explica por los siguientes factores:

b.4.1) Recursos de salud insuficientes para cubrir a toda la población;

b.4.2) El concepto tradicional sobre salud y enfermedad y el criterio mágico con que tratan las enfermedades que datan de la conquista, hacen que dicha gente, no entienda el significado real del papel de la atención médica general.

En otras palabras, tratamos de decir que se necesita modificar patrones culturales establecidos o mejor dicho cambiar una cultura en el estricto sentido de la palabra para lo cual se requieren años de trabajo programado, sin saber a ciencia cierta todavía si se logrará el cambio total de actitud hacia un servicio.

UNIDADES MINIMAS DE SALUD

INTRODUCCION:

Lo anteriormente expuesto, en el diagnóstico de la situación de la salud del municipio de Tacaná, evidencia los siguientes hechos:

Población eminentemente rural, con un grupo materno infantil numeroso, servicios de salud centralizados, población dispersa y mayor número de comunidades de difícil acceso a los servicios por el factor distancia. Este hecho ha traído como consecuencia que, los servicios de salud, sean inaccesibles para la mayor parte de la población rural, lo cual hace que todas las acciones que se ejecuten tengan una cobertura baja.

Ante estos hechos se plantea la alternativa de llevar a las mismas comunidades un programa de salud en el cual se incluyan actividades que den atención al grupo materno infantil, a la población general y que dentro de todas sus actividades, se dé énfasis a la educación en salud, la cual va encaminada a dar a conocer a las comunidades los factores que condicionan y determinan su salud.

DEFINICION:

“LA UNIDAD MINIMA DE SALUD SERA UNA INSTITUCION EN SALUD QUE, ESTARA LOCALIZADA EN ALGUNAS COMUNIDADES; (comunidades donde exista promotor y comadrona), EN LA CUAL PARTICIPARAN: EL PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD, SUPERVISANDO Y ORIENTANDO DICHAS ACTIVIDADES.- LA COMUNIDAD A TRAVES DE SUS REPRESENTANTES EN SALUD, SERAN LOS ENCARGADOS DE ORGANIZAR Y ADMINISTRAR EL PROGRAMA EN LO REFERENTE A LA ADQUISICION DE: MOBILIARIO Y EQUIPO, ATENCION MEDICA, PARA LA ADMINISTRACION Y EDUCACION HACIA LA COMUNIDAD”.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1) Dar mayor atención en salud a las comunidades rurales, haciendo más accesibles los servicios a las mismas, poniendo especial énfasis en la prevención de las enfermedades y promoción de salud.
- 2) Iniciar a través del programa, la organización comunal, lo cual hará participar por primera vez a la comunidad en un programa de salud establecido.
- 3) Descentralizar las actividades del Centro de Salud, hacia las propias comunidades.
- 4) Hacer participar tanto al promotor de salud y comadronas adiestradas en un programa de salud, logrando con ellos resultados más eficaces y a corto plazo.
- 5) HACER CONCIENCIA en el estudiante de Medicina para una participación activa, en el cual descubrirá, los problemas de salud del país, al convivir en el grupo de población más afectado.

ESPECIFICOS:

- 1) Que el estudiante de medicina, ponga en práctica los conocimientos adquiridos durante su formación académica.
- 2) Que el PSR y la Comadrona adiestrada, adquieran habilidades y destrezas, en las actividades que realicen en el siguiente programa y ejecuten los conocimientos adquiridos hasta la fecha.
- 3) Lograr que el 100o/o del grupo materno infantil, en donde existe UMS, tenga un control médico periódico y sistemático.
- 4) Que la Comunidad a través de un Comité de Salud, sea agente de las medicinas necesarias, que servirán para el desarrollo de cada una de las UMS.
- 5) Dar educación en salud de la manera más amplia, a toda la comunidad, a través de los recursos humanos: PSR, Comadrona Adiestrada, T.S.R., MI. para que conozcan los factores que condicionan y determinan la salud.
- 6) Dar atención médica general, a los pacientes que demandan asistencia.

- 7) Que el promotor de salud participe en la detección de personas sintomáticos respiratorios, y su referencia a la UMS, o, CENTRO DE SALUD, para desconectar un problema de: TBC pulmonar.
- 8) Controlar el tratamiento de todos los TBC, diagnosticados en UMS o, Centro de Salud.
- 9) Lograr que el 100o/o de los niños menores de 5 años, estén inmunizados contra DPT, POLIO, SARAMPION, mediante su participación en campañas masivas y en las actividades del programa M.I.
- 10) Lograr que el 100o/o de la población menores de 15 años estén inmunizados con BCG.

JUSTIFICACION

- 1) Por la inaccesibilidad de los servicios de salud a las poblaciones rurales, debido a:
 - a) El 99o/o de la población es rural y dispersa.
 - b) La distancia promedio de las comunidades al centro de salud es de: 10 kms.
 - c) Los pacientes que demandaron atención al centro de salud, fueron en mayoría de las comunidades que están a 3 Kms. de distancia, no siendo así las comunidades que están a más de 24 Kms., en que la atención fue muy poca.
- 2) Es necesaria la participación de la comunidad, en los programas de salud, para que a través de esa participación, se logre una mayor cobertura en todas las actividades de salud que se realicen.
- 3) Es necesario aprovechar los recursos humanos existentes en cada comunidad, ya que a través de ellos se logrará un mayor contacto con la población a cubrir, en todas aquellas acciones que vayan encaminadas a prevenir la enfermedad, mediante una educación exhaustiva y programada.

RECURSOS

A) HUMANOS:

- 1- Médico Director
- 2- Médico EPS
- 4- Estudiantes de Medicina Integral
- 1- Enfermera Jefe
- 4- Auxiliares de Enfermería
- 1- Inspector de saneamiento ambiental
- 1- Secretaria y Oficinista
- 1- Laboratorista
- 1- Trabajador Social
- 61- Promotores de Salud
- 54- Comadronas adiestradas y comités de Salud.

B) MATERIAL:

- 1- Centro de Salud de Tacaná
- 2- Local donde estará ubicada la UMS
- 3- Mobiliario y equipo para cada UMS

- 1) Camilla de examen
- 2) Una mesa y dos dillas
- 3) Una balanza
- 4) Termómetros
- 5) Estetoscopios
- 6) Metro
- 7) Papelería
- 8) Medicamentos

El local físico y mobiliario y de equipo, será aportado por cada una de las comunidades, donde exista UMS, mediante la contribución voluntaria de los integrantes de los mismos.

LIMITES

DE ESPACIO:

El programa de UMS, se llevará en aquellas comunidades en donde exista un comité de salud, autorizado por gobernación departamental; y haya PSR y Comadronas adiestradas. Tentativamente abarcará:

(aldeas caseños)

- 1) SANAJABA
- 2) TOACA
- 3) CUNLAJ
- 4) PIN-PIN
- 5) CHACTELA
- 6) SAJQUIM
- 7) LAS SALVIAS
- 8) TOJZOLOJ
- 9) CHEQUIM
- 10) LINDA VISTA
- 11) EL ROSARIO

Principiarán a funcionar a partir del primero de agosto del presente año y su funcionamiento será durante tiempo ilimitado.

UNIVERSO DE TRABAJO:

Comprenderá la población general y materna infantil de los lugares anteriormente mencionados, de acuerdo a un cálculo estimado de las mismas:

FUNCIONES

1- MEDICO DIRECTOR:

- 1) Convocará a todos los recursos humanos, que tomarán parte en el programa para darlo a conocer.
- 2) Programará y participará en el adiestramiento de los PSR, haciendo énfasis en actividades que desarrollarán en el presente programa.
- 3) Supervisará las actividades en conjunto y de cada uno de los miembros participantes en el presente programa.
- 4) Dará atención médica a los pacientes sintomáticos respiratorios referidos por la UMS, para descartar un proceso tuberculoso.
- 5) Dará atención médica a los pacientes referidos de la UMS, de la población general y del grupo materno infantil
- 6) Conjuntamente con el médico EPS, los estudiantes de medicina integral y promotor, programarán campañas de inmunizaciones para todos los niños menores de 5 años de cada una de las comunidades.
- 7) Evaluará el trabajo del programa de UMS, cada año de acuerdo a lo que se haga.
- 8) Elaborará y participará en los programas de adiestramiento a los comités de salud para la participación de los mismos en el presente plan.
- 9) Dotará a la UMS de la medicina necesaria, solicitada por la comunidad y ejercerá control estricto sobre las mismas.

POBLACION POR COMUNIDADES

COMUNIDADES	POBLACION GENERAL	POBLACION MATERNA	POBLACION INFANTIL		
			Años 0 - 1	Años 1 - 2	Años 2 - 5
SANAIABA	6,660	33	26	24	78
TOACA	117	6	5	4	14
CUNLAI	427	21	17	16	50
PIN-PIN	1,106	55	44	41	130
CHACTELA	907	45	36	33	107
SAJQUIM	612	31	24	22	72
LAS SALVIAS	347	17	14	13	41
TOCIZOLOS	365	19	15	14	45
CHEQUIM GRANDE	629	31	25	23	74
LINDA VISTA	202	10	8	7	24
EL ROSARIO	527	26	21	19	62

II.- MEDICO EPS RURAL Y ESTUDIANTES DE MEDICINA INTEGRAL

- 1) Participarán en la programación y ejecución de los adiestramientos que se hagan tanto a promotores de salud rural, comadronas y comités de salud, antes de la iniciación del presente programa.
- 2) Serán los encargados de visitar a las comunidades en donde desarrollarán las siguientes actividades:

A) ATENCION MEDICA

- 1) Dará consulta al 100o/o de embarazadas de cada lugar según normas de atención.
- 2) Dará consulta al 100o/o del grupo infantil, según normas de atención.
- 3) Dará consulta a la población general
- 4) Dará consulta a sintomáticos respiratorios que sean referidos a la UMS por el promotor y demanda espontánea y ordenará conducta a seguir.

B) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:

- 1) Será el encargado de controlar las enfermedades infectocontagiosas a nivel comunal, mediante la programación de actividades de inmunización a toda la comunidad susceptible.
- 2) Detectará brotes epidémicos de las mismas y ejecutará las medidas necesarias para cada caso.
- 3) La actividad de inmunización a niños susceptibles se hará efectiva si es posible durante el control infantil de los mismos, y si en caso no lo es, programará conjuntamente con el promotor campañas masivas de vacunación, cuando las circunstancias de cada lugar lo ameriten, actividades que tendrán que ser aprovechadas por el Director del Centro de Salud.

C) EDUCACION A LA COMUNIDAD

Sabemos de antemano que por mucho tiempo la actividad del recurso médico, se ha orientado únicamente a la curación de las enfermedades mediante la atención de las mismas, se olvidan casi siempre que el comple-

jo salud enfermedad, está condicionado y determinado grandemente por el medio en que se desenvuelve el individuo y que a la larga es causante de la mayor parte de las enfermedades de nuestra población

Bajo este orden de ideas reorientaremos al trabajo del médico (EPS) (MI) utilizando dicho recurso en actividades de educación en salud a la comunidad, haciendo énfasis en los factores que la condicionan y determinan.

- a) Programa de charlas educativas a la comunidad, conjuntamente con el promotor de salud, tomando en cuenta los temas siguientes:
- 1) Que es enfermedad, factores que la condicionan y determinan;
 - 2) Enfermedades infectocontagiosas y transmisibles más importantes.
 - 3) Qué es Vacuna y su importancia.
 - 4) Tuberculosis pulmonar, como problema a nivel comunal.
 - 5) Importancia del control del niño menor de cinco años.
 - 6) Importancia del control de la embarazada.
 - 7) Higiene y su importancia.
 - 8) Disposición adecuada de excretas y su importancia. Campañas de letrinización.
 - 9) El agua potable y su importancia, programas de introducción de agua potable.
 - 10) Nutrición: Principales grupos de alimentos.
- III) Tenencia de animales en casa y su problemática.

- 12) Problemas de hacinamiento.

D) DESARROLLO COMUNAL

El desarrollo comunal, será a la larga el pilar fundamental en donde descansará el éxito del presente programa. Por muchos siglos y desde el advenimiento de la salud pública, no se ha tomado en cuenta la partici-

pación de la comunidad en los programas de salud, lo cual trae como consecuencia que los mismos tengan bajas coberturas. Por ello todo el personal involucrado en este programa, principalmente el médico EPS y estudiantes de Medicina Integral, estarán conscientes de lo anteriormente expuesto, para incorporar a grupos organizados: alcaldes, auxiliares, promotores de salud rural, comadronas y lograr con ello los objetivos trazados.

Este renglón comprenderá las siguientes actividades:

A través de la educación sistemática, se motivará a la población a efectuar programas que beneficien a la misma, con la colaboración de otras instituciones estatales:

- 1- Introducción de agua potable
- 2- Campañas de letrinización.
- 3- Mejoramiento de los cultivos.
- 4- Creación de hortalizas.

E) SUPERVISION AL PROMOTOR:

- 1) Supervisará el trabajo en lo que se refiere al total de pacientes, tanto del grupo materno infantil, como de la población en general; haciendo énfasis en los sistomáticos respiratorios referidos; descartando con él los problemas que se encuentren al desarrollar dicha actividad, tomando en cuenta el total de pacientes referidos.
- 2) Supervisará las charlas que el promotor dé a su comunidad, y lo orientará sobre la metodología a seguir.
- 3) Supervisará constantemente los tratamientos dados a la población en general y, orientará al promotor en los problemas que él encuentre.

ACTIVIDADES DE SUPERVISION A COMADRONAS ADIESTRADAS Y A COMITES DE SALUD

1) SUPERVISION A COMADRONAS ADIESTRADAS

- a) Supervisará el trabajo de la comadrona, en la referencia de Madres embarazadas al programa, y los problemas que ella encuentre al hacerlo.
- b) Supervisará a la comadrona, cuando le sea posible, en la atención del parto.

COMITES DE SALUD:

Mediante reuniones se comunicará con los miembros del comité, a efecto de lograr una buena coordinación de dicha actividad.

- 2) Supervisará la relación existente entre el PSR y el Comité para coordinar todas las actividades encaminadas a la promoción de la salud.
- 3) Asesorará las actividades del Comité de salud en lo que se refiere a la creación de obras de infraestructura para la comunidad.

III- FUNCIONES DE LA ENFERMERA JEFE

- 1) Participará en el adiestramiento y re-adiestramiento del PSR y Comadrona empírica.
- 2) Participará en la evaluación de la UMS.
- 3) Supervisará la actividad de la comadrona adiestrada, directamente a través de las mismas, e, indirectamente a través de la información del EPS.
- 4) Participará activamente en la programación y ejecución de todas las campañas de inmunización.

IV- FUNCION DE LAS AUXILIARES DE ENFERMERIA

- 1) Colaboración con el médico director en la pre y post consulta de pacientes referidos por la Unidad Mínima de Salud.
- 2) Participará activamente en las campañas de inmunización.

V- FUNCIONES DEL INSPECTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL

- 1) Será el encargado de hacer los estudios correspondientes a todas las obras de infraestructura que a través de la implantación del programa sean solicitadas, de los diferentes grupos organizados de las comunidades.
- 2) Será el encargado de coordinar a nivel comunal, campañas de letrización masiva en todas las comunidades donde existan UMS.

- 3) Será el encargado de supervisar la puesta de las obras de infraestructura que sean aprobadas.
- 4) Participará en el adiestramiento a promotores haciendo énfasis en el saneamiento ambiental, coordinando posteriormente en cada comunidad con el del promotor.
- 5) Elaborará programas de vacunación antirrábica a caninos.

VI- FUNCIONES DEL PROMOTOR DE SALUD

- 1) Será el encargado de dar a conocer el programa en su comunidad y organizará la participación de toda la comunidad, en el Comité de Salud de cada una de las mismas.
- 2) Recibirá en el adiestramiento que se hará antes de la iniciación del programa, en el cual se hará énfasis en la participación de él en el mismo, dándole a conocer: objetivos, actividades y normas.
- 3) Conjuntamente con el Comité de Salud, será el encargado de buscar un lugar adecuado que reúna las condiciones mínimas de higiene y seguridad para el funcionamiento de la UMS.
- 4) Investigará lo que se refiere a números de vacunas aplicadas hasta la fecha, para decidir conducta a seguir, coordinando conjuntamente con el médico EPS la programación de la campaña de vacunación a nivel local.
- 5) Participará en campañas de vacunación programadas a nivel de Centro de Salud.
- 6) Será el encargado de detectar brotes epidémicos de cualquier enfermedad infectocontagiosa, contando para ello con la colaboración del comité y vecinos de la comunidad e informando al Médico EPS, sobre dicho brote para decidir conducta a seguir.
- 7) Dará atención médica a todo vecino de la comunidad que lo necesite según normas de atención específicas para cada caso. Referidos a la UMS los casos que no pueda resolver.
- 8) Llevará un registro de todos los pacientes atendidos por él, en el cual anotará nombres, edad, sexo, residencia, diagnóstico y tratamiento.

- 9) Recibirá en el adiestramiento específico sobre técnicas de vacunación contra la TB, forma de la toma de la muestra del esputo, su fijación, referencia al Centro de Salud y a la enfermedad en sí.
- 10) Participará activamente en la promoción del programa, (Programa de promoción para el diagnóstico y tratamiento controlado de la tuberculosis pulmonar.
- 11) Será el encargado de descubrir en la comunidad a los sintomáticos respiratorios, a los cuales referirá a la UMS.
- 12) Supervisará al paciente tuberculoso diagnosticado en el Centro de Salud o UMS, como al sistomático respiratorio enviado por él a quien se le haya comprobado la tuberculosis pulmonar, para que sea él quien administre y lleve el control de su tratamiento. -18
- 13) Visitará a los contactos tuberculosos comprobados, a quienes les tomará muestras de esputo para detectar nuevos casos de TBC pulmonar, enviando las mismas al centro de salud.
- 14) Participará en campañas de Vacunación BCG y llevará un control por escrito de cada paciente en tratamiento; y de cada paciente sistomático respiratorio referido al centro de salud.
- 15) Participará en el conocimiento del programa de tuberculosis en sí, haciendo énfasis en los objetivos que persigue el mismo.
- 16) A los sintomáticos respiratorios a quien el médico EPS de la UMS haya examinado y ordenado muestras de esputo, el promotor será el encargado de tomar dichas muestras y fijarlas, enviándolas debidamente rotuladas al Centro de Salud para su examen.
- 17) Será el encargado de dar pre y post consulta vistos por el médico EPG y MI.
- 18) Aplicará tratamiento y curaciones ordenadas por médico para lo cual llevará un libro de control; así como de tratamientos ordenados por él, o por el Centro de Salud.
- 19) Hará visita domiciliaria a todo niño menor de 5 años, que esté en control infantil, y que no haya asistido, para averiguar las causas que motivan su ausentismo.
- 20) Será el encargado de dar educación en salud, a la comunidad, median-

te charlas educativas a las mismas según programa previamente establecido. Dicha actividad será coordinada conjuntamente con el médico EPS rural.

- 21) Participará conjuntamente con el inspector de saneamiento ambiental para la realización de proyectos de interés comunal como lo son:
 - a) Introducción de agua potable.
 - b) Letrinización masiva.
 - c) Uso de aboneras.
- 22) Participación con otras instituciones gubernamentales para la realización de proyectos que tiendan al mejoramiento de la comunidad.
 - a) Mejoramiento de cultivos.
 - b) Creación de hortalizas.
 - c) Vacunación de animales.
- 23) Participará con todo el equipo de salud en la evaluación del programa rindiendo un informe detallado de todas las actividades.
- 24) Será el encargado de dar suplemento nutricional a niños de 5 años y a embarazadas, y no a madres lactantes.

ACTIVIDADES DE LA COMADRONA

- 1) Participará en la elaboración del censo de todo el grupo materno para su referencia a la UMS, de acuerdo a normas establecidas, para confirmar o descartar embarazo.
- 2) Estará presente en el examen médico de cada una de las embarazadas, para el aprendizaje del mismo y la educación de cada uno de los casos.
- 3) Hará visita domiciliaria a los pacientes que falten al control médico para investigar las causas que motiven la inasistencia.
- 4) Será la encargada de atender a patojos en cada una de las comunidades, informando de cada caso a la UMS o al Centro de Salud.
- 5) Hará referencia de casos de pacientes que tengan algún problema de embarazo de alto riesgo.
- 6) Dará charlas educativas sobre la importancia del control del embarazo a los habitantes de cada comunidad.

- 7) Participará en reuniones periódicas, para la evaluación de su trabajo en sí y participará con todo el equipo de salud en la evaluación del programa.

ACTIVIDADES DEL COMITE DE SALUD.

- 1) Cada uno de los miembros del comité, participará en un cursillo de adiestramiento, en el cual se le dará a conocer el plan, los objetivos que se persiguen, y el inicio del desarrollo comunal a través de ellos en cada una de las comunidades.
- 2) El comité de salud conjuntamente con el médico EPS, será el encargado de hacer el pedido de medicinas al centro de salud.
- 3) Llevará el control de la venta de medicina, y cuyo producto será destinado a renovar las existencias de las mismas.
- 4) A la hora de la llegada del médico, de acuerdo a los horarios establecidos previamente por cada uno de ellos, dos integrantes del mismo serán los encargados de anotar en un libro especial a cada uno de los pacientes que demanden asistencia, anotando en el libro: Nombre, edad, residencia y diagnóstico de cada paciente.

Además se encargarán de cobrar la consulta médica a un precio de 25 centavos, para lo cual se extenderá un recibo por contribución voluntaria, extendido por la Contraloría General de Cuentas de la Nación.

- 5) El Comité será el encargado de proveer a la UMS, mediante los fondos obtenidos, y de mejorar el mobiliario y equipo para el funcionamiento de la misma.
- 6) Será encargado de reunir a la comunidad para las sesiones con PSR y Médico EPS, en la que se programarán charlas educativas.
- 7) Conjuntamente con el promotor, participará en el desarrollo comunal para que participe la comunidad en cada una de las obras que se desarrollen.

NORMAS DE ATENCION

Normas de atención médica.
Programa Materno Infantil
Sub-Programa Prenatal.

El médico será el encargado de dar atención médica al 100% de las embarazadas esperadas en cada comunidad, dándole a cada una 5 consultas

según el cuadro siguiente:

CONSULTA	FRECUENCIA DE CITAS	RECURSO
1 a 3 meses	1	Médico
3 a 5 meses	1	Médico
5 a 7 meses	1	Médico
7 a 8 meses	1	Médico
8 a 8.1/2 meses	1	Médico

SUB-PROGRAMA POST-NATAL

El médico dará una consulta a toda puerpera de preferencia 30 días después del parto.

SUB-PROGRAMA INFANTIL

El médico dará atención al 100% del grupo infantil, proporcionándoles un total de 18 consultas a dicho grupo según las normas de atención siguientes:

GRUPO DE EDAD	CONSULTA POR MEDICO SEGUN EDAD
0 - 1 año	1 mes
	3 meses
	6 meses
	9 meses
	12 meses
1 - 2 años	14 meses
	18 meses
	21 meses
2 - 2 años	24 meses
	27 meses
	30 meses
	36 meses
3 - a menores de 5 años	40 meses
	43 meses
	52 meses
	55 meses
	59 meses

SUB-PROGRAMA ATENCION MEDICA GENERAL

Dará una consulta al año a toda la población de las comunidades que demanden asistencia.

SUB-PROGRAMA TUBERCULOSIS

Dará una consulta a todo paciente sintomático respiratorio y ordenará tres exámenes de esputo seriados y los citará después según calendario a su próxima cita a la unidad mínima de salud para evaluar conducta a seguir.

Ordenará prueba de Mantoux a niños menores de cinco años tomando en cuenta a todos aquellos que ya están vacunados.

Todo paciente tuberculoso diagnosticado por baciloscopia se le dará consulta a los dos meses, a los seis, a los doce y a los 18 meses, ordenándoles baciloscopia en cada una de las consultas para evaluar la efectividad del tratamiento y su conversión de baciloscopia positiva y negativa.

Todo paciente que presente síntomas compatibles con TB ganglionar, será enviado al Centro de Salud, para que por medio de él, se le practique biopsia de ganglio y sea enviada a anatomía patológica del hospital Roosevelt.

Todo paciente sintomático respiratorio al que no se le comprueba TBC pulmonar por medio de baciloscopia se tomará la conducta siguiente:

- 1) Se referirá al hospital departamental a tomarse placa de Rx de Tórax.
- 2) Se citará en término de tres meses siguientes a la toma de Rx, para su posterior examen clínico y conducta a seguir.
- 3) A todo paciente diagnosticado se le dará tratamiento según cuadro siguiente:

ESQUEMA TERAPEUTICO ESTRICTAMENTE SUPERVISADO

Biconjugados:

HAIN + \Rightarrow + ESTREPTOMICINA = 1 a 3 meses diario

HAIN + ESTREPTOMICINA = 2 veces por semana hasta completa un año

Droga única HAIN = Diariamente hasta completar 6 meses de consolidación (AUTOMEDICACION)

DOSIS: En la fase intensiva de 1 a 3 meses

ESTREPTOMICINA 1 gramo 2 veces por semana

HAIN: 800 mg diarios (1 comprimido)
de 2 a 6 años: 200 mg diarios (2 comprimidos)
de 7 a 14 años: 300 mg diarios (3 comprimidos)

REGIMEN No. 2

ESQUEMA TERAPEUTICO ESTRICTAMENTE VIGILADO

TRICONJUGADO

FASE INTENSIVA: TH + HAIN + SM = 1 a 3 meses diario.

FASE INTERMITENTE: TH + HAIN SM = 2 veces por semana hasta completar un año.

DROGA única HAIN = 6 meses para la fase de consolidación.

La asociación de TH + HAIN, está compuesta por 150 mg. de THIACE-TAZONA y 30 mg. de ISONIACIDA. Se tomará una sola vez después de la comida, en dosis de un comprimido, exceptuando la primera semana en la cual se tomará sólo medio comprimido diario.

La estreptomycinina se aplica en la misma forma indicada en el régimen número 1.

DROGAS DE RESERVA

La Rimfampicina y el ethambutol. La dosis de Rimfampicina es de 600 mg diarios y la dosis de Ethambutol es de 800 a 1200 mg diarios. La Rimfampicina debe ser administrada en ayunas y el tipo y duración de los regímenes terapéuticos hay varios para cada paciente. En términos generales, deben darse en régimen diario durante los dos primeros meses y luego bisemanalmente. Este tratamiento debe ser vigilado en prevención de intolerancia o intoxicación del nervio óptico y el hígado.

A todo niño menor de cinco años, tuberculino positivo, que no tenga antecedentes de haber sido y vacunado con BCG, por un periodo de 6 meses, se le dará tratamiento con ISONICIDA, diariamente a la dosis de 100 mg (1 comprimido) a los menores de 2 años; 2 comprimidos a los mayores de esa edad.

A todo paciente que demuestre resistencia a drogas de primer orden, de acuerdo a los resultados obtenidos por basilosopia de esputo, ya sea por resistencia de tipo primario o por un tratamiento mal llevado se le dará tratamiento de segundo orden, según esquema antes indicado.

NORMAS DE LOS PROMOTORES

NORMAS DE ATENCION

- 1) Hará una pre y post consulta a toda mujer embarazada que asista a la UMS.
- 2) Hará una pre y post consulta a todo niño menor de cinco años.
- 3) Hará una pre y post consulta a todo paciente de consulta externa en general.
- 4) Llevará en cada Unidad Mínima de Salud, un control en libros especiales del número de pacientes atendidos en los programas materno-infantil, consulta general, tuberculosis anotando su nombre, edad, sexo, residencia y diagnóstico.
- 5) Anotará en libros especiales a los pacientes atendidos por él, en ausencia del médico, tomando en cuenta el nombre del paciente, edad, sexo, residencia, diagnóstico y tratamiento.
- 6) Aplicará el régimen de vacunación a los niños menores de 5 años, de acuerdo al régimen siguiente:

- 3 dosis de DPT y POLIO a niños menores de un año
- 1 dosis de BCG
- 1 dosis única de vacuna antisarampionosa a niños de 9 meses a 2 años.
- 1 refuerzo a niños de 1 a 2 años de DPT y POLIO
- 2 refuerzos de DPT y POLIO a niños de 3 a 4 años
- 3 refuerzos de DPT y POLIO a niños mayores de 4 años
- 3 dosis de toxoide tetánico a toda mujer embarazada con un intervalo de un mes.

- 7) A todo niño menor de 5 años, madre embarazada o madre lactante, se le dará alimentación complementaria 1 vez al mes.
- 8) El promotor podrá dar asistencia médica cuando las circunstancias lo requieran y en ausencia del médico de acuerdo a las normas siguientes:

a) ADULTOS:

DIARREA: Que no presente las siguientes complicaciones:

- 1) sin moco ni sangre
- 2) Sin pujo ni tenesmo

- 3) Sin fiebre
- 4) Sin DHE grave

DOLORES:

- 1) Espasmo musculares
- 2) Cefaleas de poco tiempo de evolución
- 3) Dolor de muelas

DOLOR ABDOMINAL:

Que no presenten las siguientes complicaciones:

- 1) Náuseas y/o vómitos
- 2) Distensión abdominal
- 3) Fiebre
- 4) Constipación

HERIDAS:

Que no presente las siguientes características:

- 1) Herida corto contundentes grandes
- 2) Pérdida de sustancia
- 3) Infección.

QUEMADURAS:

Que no presente las siguientes características:

- 1) Mayores del 50/o de superficie corporal
- 2) Infección

CONTUSIONES:

Que no presenten las siguientes características:

- 1) Deformidad del miembro
- 2) Limitación de movimientos
- 3) Intenso dolor
- 4) Pérdida de conocimiento

INFECCION DE LAS VIAS AEREAS SUPERIORES

Que no presenten las características siguientes:

- 1) Sin dificultad respiratoria
- 2) De poco tiempo de evolución
- 3) Sin esputo hemoptoico y/o purulento

b) NIÑOS:

DIARREA:

Que no presente las complicaciones siguientes:

- 1) Sin sangre
- 2) Sin pujo ni tenesmo
- 3) Evacuaciones mayores de 5 a 7 al día
- 4) Sin fiebre
- 5) Sin DHE grado 11

INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR

Que no presente las siguientes características:

- 1) Sin dificultad respiratoria
- 2) Sin aleteo nasal
- 3) Sin tiraje intercostal
- 4) No más de cuatro días de evolución

Quemaduras, heridas y contusiones, igual a la de los adultos.

NORMAS DE TRATAMIENTO

DIARREA:

Tanto en niños como en adultos, el tratamiento será bajo las siguientes normas:

- 1) Reposo gástrico durante 6 horas
- 2) Abundantes líquidos claros
- 3) Posición antidiarreaica: Adultos: 1 cucharada cada 4 horas, y

Niños; una cucharadita cada 4 a 6 horas.

INFECCION RESPIRATORIA SUPERIOR

El tratamiento será dado en la siguiente forma:

- 1) Forzar líquidos por vía oral
- 2) Bajar fiebre por medios físicos, si la fiebre está arriba de 38,5° C.
- 3) Antipiréticos; derivados salicílicos, en niños de media a una tableta cada 4 a 6 horas; en adultos una tableta tres veces al día.
- 4) Poción expectorante: 1 cucharada cada 4 a 6 horas en adultos, en niños una cucharadita cada 6 horas.

DOLORES DE MUSCULATURA ESTRIADA

Cefaleas, astralgias, lumbago, se darán derivados pirazolónicos o salicílicos (NEOMELUBRINA ASPIRINA) una tableta tres veces al día.

LACERACIONES Y CONTUSIONES

Laceraciones. Hará un lavado con jabón durante 15 minutos luego aplicará un antiséptico local, colocando curación cada dos días.

Contusiones leves. Dará tratamiento con los analgésicos anteriormente mencionados.

QUEMADURAS:

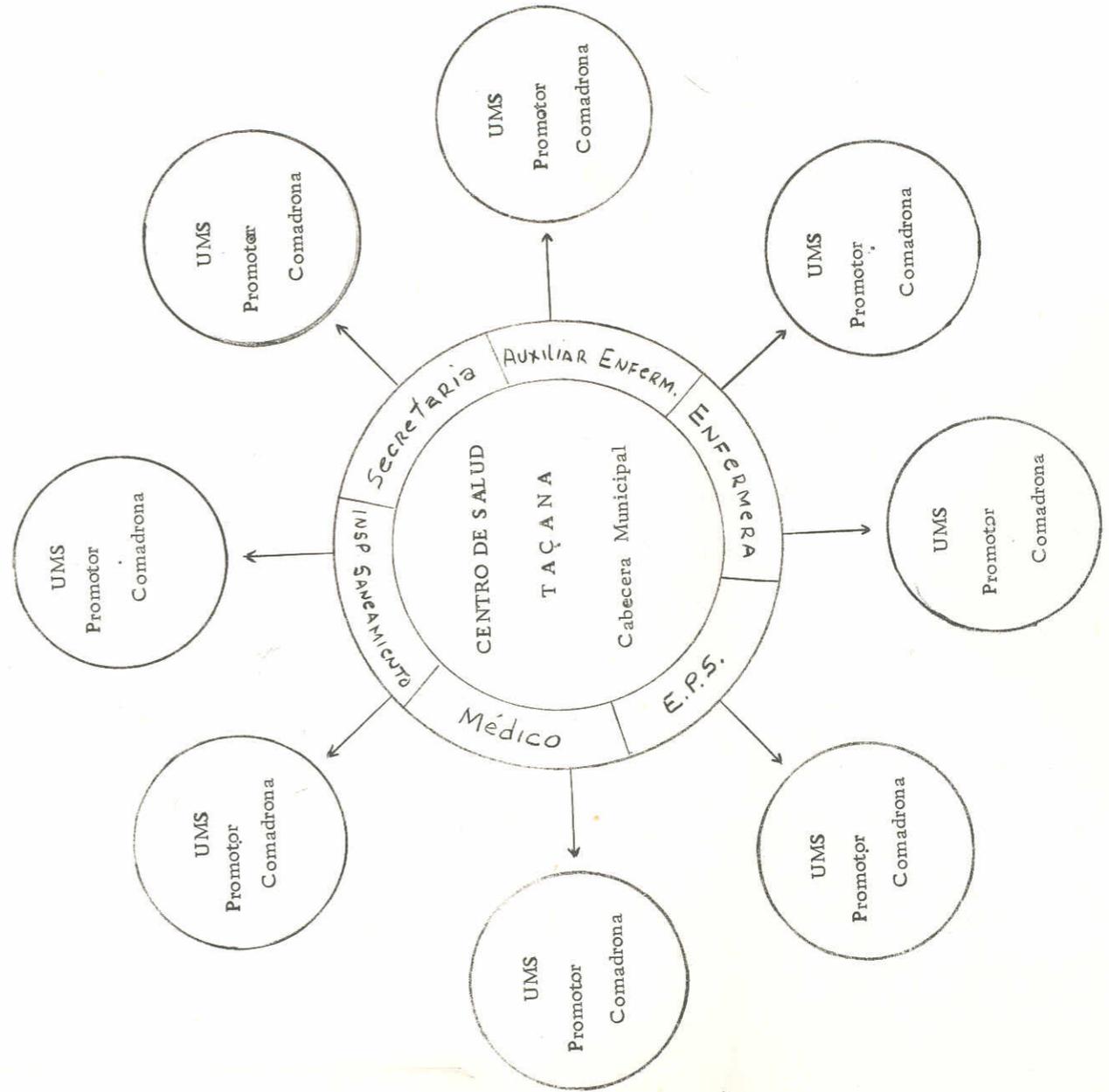
Alivio de dolor con inmersión del miembro afectado en agua fría y estéril, luego colocará gaza envaselinada o con pomada de furacín, luego efectuará vendaje almohadillado, forzará líquidos por vía oral y lo referirá al centro de salud.

FRACTURAS:

Haga inmovilización de los miembros afectados, según entrenamiento recibido y aliviará el dolor con los analgésicos mencionados anteriormente.

Además de los medicamentos anteriormente mencionados, habrá otros que podrá administrar, sin indicación médica tales como: Complejo vitamínico, multivitaminas, sulfato de hierro, elixir de hierro.

ORGANIZACION



ESTRUCTURA DEL PROGRAMA

La institución responsable del presente programa, será el Centro de Salud del municipio de Tacaná.

A) ORGANIZACION INTERNA:

El programa lo dirigirá el director del Centro de Salud de Tacaná, participando en él: estudiantes de Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), estudiantes de medicina integral (MI), enfermera jefe, inspector de saneamiento ambiental, laboratorista, auxiliares de enfermería, promotores de salud, comadronas adiestradas y comités de salud.

Las funciones de cada uno de ellos será como sigue:

MEDICO – DIRECTOR:

- 1) Será el encargado de presentar el programa a los integrantes del mismo dando a conocer: objetivos, actividades y normas.
- 2) Hará la programación del curso de adiestramiento a promotores y de comadronas y comités de salud; orientados a la implantación del programa en cada una de las comunidades.
- 3) Hará la calendarización de las actividades a realizar por médico EPS y de medicina integral.
- 4) Supervisará periódicamente las actividades que se desarrollen en cada UMS.

ESTUDIANTES DE MEDICINA EPS Y MI.

- 1) Participará en la ejecución de todas las actividades de atención médica, vigilancia epidemiológica, desarrollo comunal.
- 2) Serán los responsables directamente de la supervisión constante; tanto del trabajo que realice el promotor, comadrona y comités de salud, y se hará un mecanismo de retroalimentación positiva, en lo que se refiere a la educación de los personajes arriba apuntados.
- 3) Participará en los cursillos de adiestramiento que se programen.

ENFERMERA JEFE

Hará actividades de supervisión específica de las comadronas hacia la comunidad.

Será la encargada de dar cursillos de adiestramiento a las comadronas empíricas.

INSPECTOR DE SANEAMIENTO AMBIENTAL:

- 1) Elaborará proyectos de obras de beneficio comunal:
 - a) Letrinas
 - b) Agua potable
 - c) Puentes
- 2) Participará en cursillos de adiestramiento con énfasis en saneamiento ambiental a comadronas y a promotores de salud.

CONCLUSIONES

- 1) La tasa de natalidad es alta, más, sin embargo las tasas de mortalidad en lo que se refiere a general, neonatal infantil, son demasiado bajas de acuerdo a datos encontrados, que en determinado momento diera la idea de que fuesen tasas de una población desarrollada. Dicho hallazgo puede explicarse en que exista un subregistro, es decir, defunción no asentada donde corresponde.
- 2) Las principales causas de morbilidad estudiadas, fueron las que se refieren a enfermedades infecciosas y parasitarias, infecciones agudas de las vías aéreas superiores y una alta incidencia de TBC pulmonar, (lo cual es falta de aplicación preventiva).
- 3) Las principales causas de mortalidad (la cual es registrada en los libros del Registro Civil, cuyos datos son tomados a través de: policías, alcaldes, o, familiares del difunto) son las que se refieren a enfermedades del aparato respiratorio y gastrointestinal, asentadas con el nombre de: colerín y gripe, por lo tanto no sabemos con exactitud la causa real de la muerte.
- 4) La mortalidad encontrada se refiere en su mayoría más que todo a gente adulta, no conociendo con exactitud si hay o no, mortalidad materna.
- 5) Existe una gran ausencia de niños a la escuela, comprendidos en la edad escolar, ya que sólo asisten el 34o/o de la población escolar real, lo cual contribuye a un alto índice de analfabetismo.
- 6) La mayoría de los jefes de hogar tienen tierra propia, pero es un minifundio; y las malas técnicas en el cultivo de la tierra hacen que la producción sea baja, siendo los principales productos de cultivo: maíz, trigo y papa, hechos que condicionan un alto índice de desnutrición protéico-calórica de la población.
- 7) El 92.30o/o de las viviendas no tienen instalación sanitaria, y, el 88o/o no tienen agua potable.
- 8) Existe un alto índice de hacinamiento, ya que el 92.50o/o de las viviendas tienen un solo cuarto, donde duermen un promedio de 8 personas, lo cual es un factor que contribuye para el alto índice de enfermedades transmisibles.
- 9) La demanda por consulta externa del Centro de Salud es baja, debido a que los recursos del mismo son insuficientes, ya que la población en su mayoría es del área rural y dispersa, lo que hace inaccesible los servicios a la población.

RECOMENDACIONES

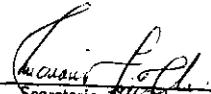
- 1) Mejorar tanto las condiciones socio-económicas como de salubridad de los habitantes del municipio de Tacaná, por parte de las autoridades competentes, ya que dichos factores condicionan el estado de salud de una población.
- 2) Proponer a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la aprobación del programa materno infantil como resultado del estudio realizado.
- 3) Buscar los mecanismos necesarios, para mejorar la calidad de información acerca de los datos de mortalidad.
- 4) Poner en marcha programas educativos para la población, que enfoquen como primordial objetivo lo que concierne la medicina preventiva.
- 5) Hacer participar directamente a la población a través de promotores de salud, comadronas y comités en los programas de salud, que tiendan a mejorar sus condiciones de salud.
- 6) Poner en marcha a corto plazo el programa de TBC pulmonar.
- 7) En virtud de que el 99o/o de la población es rural, debe buscarse la forma de descentralizar la atención médica, actualmente en un solo lugar, para llevarla a cada una de las comunidades, programando actividades que estén destinadas a mejorar las condiciones de vida de cada uno de sus habitantes, dando la alternativa en la creación de la Unidad Mínima de Salud a cada comunidad, institución que hará participar por primera vez en programas de salud a todos los habitantes de las mismas, logrando con todo ello una mayor accesibilidad a los servicios y mejores coberturas en todos los programas que se ejecuten.


Br.

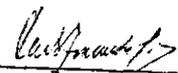

asesor


Director de Fase III


Revisor


Secretario General

Vo.Bo.


Decano